Nr. 20. LWÓW DNIA 15. PAŹDZIERNIKA 1909. ROK VII.

GŁOS LEKARZY

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

SUBWENCYONOWANY PRZEZ „KRAJOWY ZWIĄZEK LEKARZY" I GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE.

Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Adres w sprawach redakcyjnych i administracyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów ul. Śniadeckich l. 6. Telefon Nr. 48/VI.

Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek, we Francyi 6 franków. Wszelkie przesyłki pieniężne adresować należy Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka 28. Konto czekowe pocztowej Kasy oszczędności Nr. 39.786.

W jedności siła!

Wykluczenie reprezentacyi Polaków z kongresów lekarskich.

Podczas odbytego niedawno w Budapeszcie kongresu międzynarodowego lekarskiego uchwalono na wniosek komitetu gospodarczego węgierskiego zorganizować stałą komisyę dla tych zjazdów, złożoną z przedstawicieli poszczególnych państw a z pominięciem narodowości, które nie posiadają niezależnego bytu państwowego. Uchwała ta krzywdzi w wysokim stopniu Polaków, Rusinów, Czechów i inne narody, pozbawione samodzielności państwowej. W szczególności co do Polaków można ten zamach na prawa narodowe nasze nazwać rozbiorem Polski w dziedzinie naukowej, albowiem wskutek organizacyi, przez kolegów węgierskich zaproponowanej i przez kongres uchwalonej, lekarze polscy mogliby nadal na kongresach międzynarodowych uczestniczyć jedynie jako grupa austryacka, niemiecka i rosyjska, a nawet i przy takim terytoryalnym podziale jest rzeczą prawie wykluczoną, abyśmy w komitecie niemieckim i rosyjskim bodaj jako subkomitet polski figurować mogli. W każdym razie uznanie wyłącznie zasady państwowej w organizacyi kongresów spycha uczestników polskich kongresu do niższej klasy mniejwartościowych rzekomo elementów, naraża ich na rozliczne przykrości i upokorzenia, rani bolesnie ich poczucie narodowej i osobistej godności.

Wobec tego zachodzi bardzo poważne pytanie, co nadal lekarze polscy począć mają i czy w nowych warunkach organizacyjnych godzi się im wogóle brać udział w międzynarodowych kongresach lekarskich.

Jesteśmy zdania, że postępowanie dalsze lekarzy polskich w tej sprawie powinno wynikać z porozumienia ogółu.

Uznanie i wdzięczność należy się prof. Wicherkiewiczowi, który zaraz w Budapeszcie zgłosił protest przeciw pokrzywdzeniu lekarzy polskich a następnie spowodował zbiorowy protest komitetu lekarzy słowiańskich. Pozostanie on też i nadal zapewne na czele naszej akcyi obronnej a doświadczenie jego w sprawach kongresowych, zapał patryotyczny, powaga i sympatya, jaką się cieszy wśród kolegów, pozwalają mieć nadzieję, że dobrze sprawą pokieruje w myśl dyrektyw, od ogółu lekarzy uzyskanych.

Do protestu pierwsza przyłączyła się Izba lekarska wschodnio-galicyjska, składając przez to dowód, że czujnie stoi na straży godności stanu lekarskiego w jej okręgu.

Tow. lekarskie lwowskie zgłosiło również akces do protestu a nadto zajęło się zwołaniem na dzień 2. października konferencyi, złożonej z przedstawicieli Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Tow. lek. galic., Izby lekarskiej, Wydziału lekarskiego lwowskiego. Referował rzecz prof. Wicherkiewicz. Uzupełnili jego wywody informacyjne prof. G. Ziembicki, dr. W. Ziembicki, dr. Starzewski. W dalszej dyskusyi zabierali głos: dr. Pisek, dr. Mikołajski, dr. Obtułowicz, doc. Zalewski, doc. Piasecki, prof. Rencki, prof. Halban.

Z doraźnych zarządzeń postanowiono: ogłosić w pismach codziennych lwowskich bezzwłocznie komunikat z przedstawieniem, że należy się wstrzymać z projektowaną wycieczką zbiorową do Aradu, dalej uchwalono wnieść do członków komitetu gospodarczego węgierskiego umotywowany protest, podpisany przez Towarzystwa i organizacye lekarskie we wszystkich zaborach. Protest ma opracować prof. Wicherkiewicz.

Co do dalszych kroków uznano, że trzeba przesłać obszerny memoryał do stałej komisyi kongresowej w Hadze z żądaniem, aby sprawę wprowadzono ponownie na porządek dzienny kongresu w Londynie z wnioskiem o reasumowanie krzywdzącej nas uchwały.

Dla rozważenia, jakie stanowisko mają zająć Polacy wobec kongresów międzynarodowych lekarskich wogóle, a wobec kongresu londyńskiego w szczególności, ma być zawiązana osobna polska organizacya kongresowa. Zajmie się ona także opracowaniem wspomnianego memoryału i ogłosi go w pismach lekarskich i codziennych w kraju i za granicą. Organizacya kongresowa rozpatrzy sprawę zwołania kongresu lekarskiego międzysłowiańskiego przed kongresem międzynarodowym w Londynie. Nawiąże też porozumienie z różnemi Towarzystwami naukowemi polskiemi, aby ustalić pewne wspólne normy postępowania wobec międzynarodowych kongresów naukowych.

Są to wszystko rozsądne postanowienia a jeśli przyczynią się do skonsolidowania większego lekarzy w naszym kraju, moglibyśmy powiedzieć, że niema złego, któreby na dobre nie wyszło.

Oczywiście od przebiegu i skutku dalszych starań przeważnie będzie zależało, czy polscy lekarze mają uczestniczyć w międzynarodowych kongresach lekarskich i przy jakich zastrzeżeniach.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Zadania Związku lekarzy okręgowych.

Referat dra Michała Gilnreinera na Walnem Zgromadzeniu Związku w dniu 25. września 1909.

Statut Związku galicyjskich lekarzy okręgowych wytycza członkom dla pomyślnego rozwoju ich zawodu ważne cele i zadania, których spełnienie nie tylko im, lecz także i społeczeństwu wyjść może na pożytek.

Podniesienie i uzupełnienienie wiedzy w zakresie praktyki lekarskiej i na polu krajowej służby sanitarnej, popieranie i obrona interesów członków w kierunku moralnym i materyalnym, jest postanowieniem statutu doniosłego znaczenia dla stron obu, gdyż zmierza ono nietylko do poprawy egzystencyi lekarzy okr., jako ważnego warunku wydatniejszej ich pracy, lecz także i do ich udoskonalenia się służbowego celem pokonania według możności zapór, postępowi zdrowotnemu okręgów na przeszkodzie stojących i niesienia cierpiącym skuteczniejszej pomocy lekarskiej.

Odnośnie do czterech, w statucie ustalonych, celów, streszczających się w kultywowaniu wiedzy, praktyki, służby i etyki lekarskiej, jakoteż w staraniu się o polepszenie bytu materyalnego lek. okr., skreślimy kilka punktów programowych dla uzyskania wskazówek do przyszłej pracy organizacyjnej Związku, pobudzenia do rozważań dalszych, a przedewszystkiem stworzenia podłoża do myśli i poglądów nowych i trafniejszych.

Nie chcemy twierdzić, jakoby to, co wypowiemy w ciągu niniejszego wywodu, było myślą doskonałą i odpowiadało powszechnym poglądom członków stowarzyszenia, mniemamy jednak, że znajdzie się tu spraw kilka, z organizacyą lek. okr. ściśle związanych, które przynajmniej w punktach ważniejszych na uwzględnienie zasłużą.

Przystępując do omówienia środków do osiągnięcia wzmiankowanych celów, a nasamprzód krzewienia wiedzy w zakresie

praktyki lekarskiej, zaznaczamy, że my, lekarze okręgowi, wchodzimy do służby w instytucyi naszej nie tylko jako lekarze-urzędnicy publicznej ochrony zdrowia, lecz także jako lekarze z obowiązku — i wolno praktykujący. Fakt to niepośledniego znaczenia, gdy zważymy, że ludność okręgów sanitarnych żąda od nas w pierwszym rzędzie w zabiegach leczniczych skutków pozytywnych.

Ze względu atoli, że osiągnąć je można tylko przez podniesienie i uzupełnienie wiedzy w zakresie praktyki lekarskiej, przynajmniej w wydatniejszych działach medycyny, słusznie postawiono cel ten w statucie na miejscu pierwszem.

Powstaje zatem ważna kwestya, jakiemi drogami i środkami może Związek nasz zadanie to w szerszej mierze spełnić.

Niewątpliwie są różnorakie sposoby rozwiązania tego zagadnienia, jednak w ich wyborze musimy się kierować oględnością, ażeby dyskusye nad tym przedmiotem nie miały dla nas znaczenia tylko teoretycznego.

Jesteśmy zdania, że przez pogłębienie wiedzy członków naszego Towarzystwa na polu praktyki lekarskiej rozumieć należy przedewszystkiem rzeczową krytykę na zgromadzeniach przyszłych, w formie referatów i dyskusyi, szeregu sposobów rozpoznawania i metod leczniczych, na prowincyi mało, lub wcale niestosowanych a stosować się dających na równi z innymi, dotąd używanymi, pomimo wszelakiego rodzaju przeszkód, jakie prowincyonalne stosunki i warunki możliwości tej stawiają i pod tym względem wzajemne udzielanie sobie rad i wskazówek, na podstawie obserwacyi tudzież z biegiem czasu uzyskanych doświadczeń.

Z metod leczniczych, nie cieszących się dotąd należytem uwzględnieniem ze strony lekarzy praktyków prowincyonalnych a zasługujących przecież na ich uwagę, przytoczę parę przykładów, z dołączeniem do nich krótkiego uzasadnienia.

Należą tu w pierwszym rzędzie pewne rękoczyny lecznicze, zwane operacyami z zakresu małej chirurgii, dla których prowincya dostarcza chorych niemało, a mimo to lekarze prowincyonalni nie podejmują się tych zabiegów powszechnie, zasłaniając się rzekomą trudnością w przestrzeganiu aseptyki, złymi stosunkami higienicznymi tam, gdzie operacye powinny być przedsięwzięte i brakiem pomocy fachowej.

Zważywszy, że lekarz praktyk wykonuje na prowincyi względnie często z powodu powikłanego aktu porodowego bez asystencyi embryotomię, lub inny ciężki zabieg położniczy, uwzględniwszy, że w nagłym wypadku i z konieczności przeprowadza on nieraz operacyę chirurgiczną na ciężko uszkodzonym z powikłaniami, wśród najgorszych może warunków aseptyki i mieszkalnych ze skutkiem dobrym, wypada uznać, że lekarz prowincyonalny winien podjąć się na ogół operacyi łatwiejszych, tem bardziej, gdy przedtem przygotować się może co do techniki, miejsca i czasu.

Wobec dziś tak ulepszonych przyrządów aseptycznych, uproszczonych sposobów odkażenia powietrza i przedmiotów, tak wysoko udoskonalonego znieczulenia miejscowego, udoskonalonych, wyspecyalizowanych ustalających narzędzi automatycznych dla rozszerzania brzegów ran i widzialnych jam ciała, narzędzi, właśnie dla braku asysty skonstruowanych, jest przecież dana możność przeprowadzać bez fachowej pomocy i bez trudności zabiegi takie, jak:

1. Operowanie ropni wszelkich rozmiarów i nawet różnego pochodzenia.
2. Wycięcie nowotworów powłok ciała zwykłej objętości.
3. Wydobycie ciał obcych wszelakiego rodzaju.
4. Amputacya mniejszych członków kończyn n. p. w razie zgorzeli, odmrożenia, uszkodzenia.
5. Wycięcie żeber.
6. Nakłucie klatki piersiowej.
7. Wyskrobanie łyżeczką ostrą i t. p.
8. W wypadkach naglących trzeba nieraz myśleć nawet o laparotomii i krwawem odprowadzeniu przepukliny uwięzgniętej, rozumie się samo przez się tam, gdzie dwóch lekarzy jest na miejscu.

Z uwagi, że cierpienia, objęte chirurgią małą, są na prowincyi bardzo częste, powinna umiejętność ta stać się własnością ogółu prowincyonalnych lekarzy praktyków, tak samo jak patologia i terapia chorób wewnętrznych, położnictwo i t. p... Z drugiej strony przemawiają za tem i inne okoliczności n. p. że leczenie w siedzibie lekarza chorób z zakresu małej chirurgii zapewnia cierpiącym oszczędność na czasie i w kosztach, swobodę domową — a lekarzowi rozgłos.

To, co powiedzieliśmy o małej chirurgii, odnosi się także do mniejszych zabiegów ginekologicznych, które praktykowi szpital prowincyonalny, lub specyalizm zabiera, a także do dentystyki, której pewną część znów partacz zużywa.

Jako dalszy przykład z szeregu sposobów leczenia więcej oryginalnego wskażę tu na użyteczność wśródżylnego leczenia, w ostatnim dziesiątku lat gdzieindziej dość często stosowanego, tylko nie wszędzie przez lekarzy praktyków prowincyonalnych.

A jednak metoda ta, wskrzeszona przez Landerera przed dwudziestu paru laty i propagowana przez niego do czasu śmierci w r. 1904-tym, wykazuje zalety, które za aplikowaniem jej w praktyce przemawiają.

Podniosę tu pokrótce proste wykonanie zabiegu, bezbolesność wstrzykiwania leków w porównaniu z podskórnem, szybkie ich działanie z powodu, że drogą żylną w całości do szczętu i bez zmiany w organizm wchodzą, brak ubocznych zaburzeń natury poważnej i infekcyi. Także i ten wzgląd, że w przypadkach chorobowych, w których przewód pokarmowy już żadnych preparatów farmaceutycznych znieść nie może, zaś lek, drogą żylną aplikowany, działając względnie szybko i często skutecznie, organizm schorzały jeszcze od śmierci uratować może, nie powinien ujść naszej uwadze.

Powszechnie jest nam wiadomem, że z bardzo wielu chorób wewnętrznych nadaje się do tego sposobu leczenia gruźlica, niedokrwistość, przymiot, gościec, wady sercowe, posocznica i inne choroby, dziś i lud prosty badzo często trapiące.

Zwykłe leczenie, aczkolwiek racyonalne, zniechęca z tej klasy chorych z powodu zarządzeń higieniczno profilaktycznych i przewłoki w uzdrowieniu, byłoby zatem pożądanem stosowanie na prowincyi wzmiankowanej metody w połączeniu z innemi dla uzyskania w owych przypadkach chorobowych rezultatu pozytywnego.

Wspomnę tu dalej przykładowo jeszcze o jednym rodzaju leczenia, przez lekarzy praktyków prowincyonalnych należycie nieocenionego i puszczonego w niepamięć, który sięga prastarych czasów, a jest i zawsze będzie nowym. Mam na myśli leczenie t. zw. psychiczne. Jest na prowincyi moc chorych, którzy urządzają formalne pielgrzymki do różnych kurfuszerów, wróżbiarzy i guślarzy, a potem z entuzyazmem rozpowszechniają ich sławę twierdząc, że tylko u nich uzyskali poprawę swego stanu zdrowia lub wyzdrowienie zupełne. W świecie lekarskim jest ogólnie uznanem, że są to histerycy, hipochondrycy, neurastenicy, psychozami dotknięci, ale zdarzają się i chorzy, których rozstroju nerwowego podkładem są zmiany anatomo-patologiczne.

Jeżeli na umysł takich cierpiących działają słowem lub czynem paliatywnie guślarze i wróżbiarze, pytam się, dlaczego lekarz praktyk prowincyonalny nie zadaje sobie pracy i trudu dla ujęcia sugestyi w formę umiejętną, aby w swych rękach posiąść przez to z jednej strony środek skuteczny do zwalczania partactwa, a z drugiej strony, aby sobie zapewnić powodzenie i tą metodą leczenia, co do skutku mało lub w niczem nie ustępującą procedurze wodnej lub stosowaniu elektryki.

Tak każą nam wnioskować motywy natury czysto psychofizyologicznej i w tej mierze chyba będą dzieła Bernheima, Liébaulta, Forela, Wetterstranda, Molla, Vogta zawsze klasycznemi.

Nie wytaczając dalej innych kwestyi z zakresu metod leczniczych, wymagających zresztą szerszego traktowania w przyszłych pracach Związku, ograniczę się tylko jeszcze do krótkiej wzmianki o paru sposobach rozpoznawczych, które co do możliwego ich stosowania wśród naszych stosunków i warunków w następnych dyskusyach zbiorowych omówienia potrzebują ze względu na to, że w tym kierunku bierność większej części praktyków prowincyonalnych jest ogólnie znaną.

Nie dla pozoru uczoności, lecz dla rzeczywistych potrzeb leczniczych, w tych przypadkach, gdzie w początkach rozwoju choroby zwykłe badanie rozpoznawcze nie wystarcza, lub gdzie chodzi o wszechstronne zapewnienie się co do diagnozy, wspominam tu o mikroskopowem stwierdzaniu gruźlicy, zaburzeń astmatycznych, cierpień przewodu pokarmowego, zapaleń nerek, zakaźnych chorób płciowych, leukemii, malaryi i innych chorób ostrych zakaźnych — o urządzeniu i używaniu małej chemii, względnie małego laboratoryum chemicznego, służyć mogącego do celów powyższych przy łożu chorych i o stwierdzaniu chorób za pomocą odczynów np. reakcyi dwuazowej i Fickera na dur brzuszny i próby spojówkowej Pirqueta na gruźlicę.

Są to rzeczy dziś w praktyce prowincyonalnej przy dobrych chęciach i woli bez trudu i straty czasu do przeprowadzenia możliwe, należałoby tylko o nich pamiętać a nie wymykałaby się nam wtedy, nawiasem powiedziawszy, pewna grupa chorych do specyalizmu.

Zdaje mi się, że już tych tu kilka kwestyi z dziedziny praktyki prowincyonalnej, poruszonych w zarysie ogólnym, wystarczyć może jako pobudka do wypowiadania myśli i wniosków podobnych, a może nowych i odmiennych, w każdym razie sprawę wyświetlać mogących i życzyćby sobie należało, aby każdy z nas do powiększenia materyału dla przyszłej pracy organizacyjnej z tego zakresu przyczyniał się według możności jak najwięcej.

Wypowiadać we własnem ognisku zdanie, co i na tem polu nam, lekarzom praktykom prowincyonalnym, dokucza, niech będzie w przyszłości naszą dewizą!

Wiemy, że wiedzę z zakresu praktyki lekarskiej rozszerzać i pogłębiać należy wśród naszej codziennej pracy literaturą i piśmiennictwem lekarskiem, lecz, co ważniejsze, przedewszystkiem osobistą obserwacyą i doświadczeniem w traktowaniu chorobo-

wych przypadków pośród nieuregulowanych stosunków higienicznych prowincyi, a do tego winien Związek nasz swych członków przykładami zachęcać.

Przechodząc do omówienia środków, zmierzających do krzewienia wiedzy na polu służby sanitarnej, jako drugiego celu, wytyczonego w statucie, uprzytomnijmy sobie w tym zakresie wady i braki wraz z ich powodami, ażeby mieć podstawę, na której praca Związku mogłaby swoje wnioski opierać dla rozwikłania kwestyi zagmatwanych, odnoszących się do służby lekarskiej okręgowej.

Niedomagania służby lekarskiej okręgowej możnaby, według mego zdania, ująć w trzy grupy, a to: niedomagania a) pod względem ochronnym, b) pod względem leczniczym i c) brak pewnego planu i jednolitości w wypracowaniu sprawozdań peryodycznych ze stanu zdrowotnego okręgów.

Pod względem ochronnym braki są następujące. W pierwszym rzędzie wytknąć należy oszczędność, niedbalstwo i nieudolność Urzędów gminnych, Rad szkolnych i innych Zarządów gminnych w wykonywaniu zarządzeń sanitarnych, wydawanych przez lekarzy okręgowych, a odnoszących się choćby tylko do bezpieczeństwa komunikacyi, oczyszczania wód, placów publicznych i ulic, właściwego usuwania odpadków domowych i dostarczania mieszkańcom gminy dobrej wody a w lokalach publicznych i mieszkaniach masowych do dbania o wystarczające światło, powietrze i równomierną ciepłotę. Niestety, gdy po kilkakrotnem kołatania zarządzenia te nie mogą być w końcu na czas późniejszy odłożone, wspomniane zarządy wykonują je z oszczędności zwykle połowicznie, prowizorycznie, tak, że powstaje potem dziwne pytanie, czy usterka sanitarna została faktycznie usunięta, czy też istnieje dalej.

Wogóle patrzą odnośne czynniki, z powodu że usuwanie usterek wymaga trochę trudu, czasu i kosztów, na zarządzenia lekarzy okręgowych, mimo ich rzeczowego uzasadnienia, okiem niechętnem i bez należnego respektu, bo zarządzenia te pochodzą od organów zawisłych, nie rozporządzających egzekutywą. Wskutek tego też zarządzeń tych często się nie wykonuje. Nadto zaznaczyć trzeba, że zanim wnioski lekarza przejdą przez cały szereg instancyi, bo aż przez cztery i celem ich załatwienia powrócą do gminy, powstają zwykle usterki nowe i to wtedy, kiedy ze staremi jeszcze się nie uporano. W dodatku, zamiast zmniejszyć, powiększa chaos ten także zbyt wielki obszar okręgów i rozległość obowiązków instrukcyi służbowej, o czem chyba nikt, ze służbą lekarską okręgową praktycznie obznajomiony, wątpić nie może.

Podnieść też należy nieprzestrzeganie, jakby na przekór, najprostszych zasad higieny w publicznych i prywatnych budowlach, osobliwie w siedzibach lekarzy okręgowych, gdzie ruch budowlany w stosunku do innych miejscowości okręgów jest zwiększony.

Przy wznoszeniu nowych, lub rekonstrukcyi budynków starych, nie uwzględnia się zwykle potrzeby wyznaczenia miejsc na kloaki, na wszelkiego rodzaju nieczystości domowe i innych ważnych wymogów sanitarno policyjnych. Stwierdzają to i odnośne ustępy sprawozdania c. k. kraj. Rady zdrowia z 1908 za r. 1905 a także i poprzednie. Usterki tego rodzaju pochodzą stąd, że lekarzy okręgowych, znających najlepiej miejscowe sanitarne stosunki i warunki, nie powołuje się przy tych okolicznościach do wydania fachowej opinii.

Nie możemy także zamilczeć pewnych braków w nadzorowaniu artykułów żywności, a to tem mniej, że i c. k. Namiestnictwo okólnikiem z 3. listopada 1906 l. 96.658 wezwało wszystkich lekarzy urzędujących, aby ściślej i dokładniej spełniali obowiązki nadzoru nad obrotem tymi towarami.

Ale z drugiej strony zaznaczyć musimy, że należyte sprawowanie obowiązków lekarzy okręgowych co do kontroli pokarmów, używek i napojów utrudnia w wielkim stopniu biurokratyczne postępowanie c. k. sądów powiatowych, gdyż po doniesieniu o przekroczeniu ustawy o środkach żywności musi lekarz donoszący, pomimo dołączenia próbek skonfiskowanych, jako dowodu przewinienia i podania świadków, razem z obwinionym przed sądem stawać i niepotrzebnie i darmo czas tracić, co lekarzy zniechęca i przyczynia się do odciągania ich od obowiązku tego rodzaju.

Dalej zwracam uwagę na fakt, że naszej grupie zawodowej nie jest w miarę życzenia dana możność zapoznania się ze stanem zdrowotnym okręgów w okolicznościach wyjątkowych, co dla postępu zdrowotnego okręgów nie może być obojętnem. Mam tu na myśli fazy epidemiczne, w ciągu roku w okręgach sanitarnych się ujawniające. Pewnie, że intraty za zwalczanie chorób zakaźnych na naszym terenie służbowym nie są dziś wcale ponętne wobec drożyzny podwód, niskich diet i ofiar życia, jakie ono za sobą pociąga. Ale mnie chodzi tu o co innego, a mianowicie o warunki rozszerzania swych wiadomości w zakresie praktycznym, wytwarzanie sobie poglądów co do przyczyn i sposobów wylęgania się, zagnieżdżania i rozwlekania chorób zakaźnych, co do skutków i środków zapobiegawczych i ochronnych, rodzaju i przeprowadzenia ze skutkiem desinfekcyi, przebiegu epidemii wogóle, a co ważniejsze, chodzi o szybsze przeprowadzenie zarządzeń sanitarno-policyjnych dawniejszych, których wykonania doczekać się przedtem nie było można i ułatwienie wglądnięcia po domach we wszelkie tajniki grzechów przeciw ogólnej zdrowotności.

Dzieje się atoli dziś tak, że lekarz okręgowy o wybuchu epidemii w swoim okręgu niejednokrotnie żadnych wiadomości nie posiada, mimo już rozpoczętego jej tłumienia. Aczkolwiek okólnik c. k. Namiestnictwa z r. 1903 sprawę tę zbliżył o krok ku lepszemu, nie uregulował jej jednak w sposób stanowczy i definitywnie.

Nie należy tu także ominąć utykającej sprawy domów izolacyjnych, mianowicie w siedzibach lekarzy okręgowych. O ile moje informacye sięgają, wynajmują Urzędy gminne dla odosobnienia chorych zakaźnych nieodpowiednie, rzadko kiedy zupełnie wolne, raczej po części stale zamieszkane budynki, a w tych warunkach nie może być mowy o ich celowej użyteczności. Co gorsza, właściciele wynajętych ubikacyi takich w czasach epidemicznych z bojaźni przed chorobą mogą nawet wypowiedzenie awizować.

Domy, a raczej izolacyjne szpitaliki okręgowe mogą w danej miejscowości posłużyć do trzech ważnych celów, gdyby były odpowiednio zbudowane, a w szczególności gdyby posiadały trzy osobne izby i wchody. Mogłyby według potrzeby służyć do odosobnienia chorych, zakaźną chorobą nawiedzonych, powtóre mogłyby dawać pomieszczenie dla chorych z chorobami chirurgicznemi, których po dokonanej operacyi przez pewien czas zaopatrywać trzeba, a z których pewna część z okręgu w miejscowości lekarza do tego celu sobie nieraz pomieszkanie wynajmuje, wreszcie użyćby ich można do przeprowadzania desinfekcyi parą formalinową przedmiotów, do tego się nadających. Kwestya ta jest przeto nader ważna. Lecz zamiast takich domów mamy po okręgach ubikacye, przedstawiające często tylko rodzaj magazynów dla przechowywania przyborów ratunkowych, jeżeli się wogóle jaka gmina w nie zaopatrzy.

Łącznie z tą sprawą napomknę także o istniejących lukach w szeregu środków do zwalczania chorób epidemicznych, a mam na myśli przedewszystkiem środki odrażające. Okoliczność ta utrudnia w znacznej mierze czynności desinfekcyjne i przez to przyczynia się pośrednio do szerzenia chorób zakaźnych. Urzędy gminne zarówno, jak różne zarządy, ograniczają się do przechowywania tylko kwasu karbolowego, wapna, a gdzieniegdzie sublimatu, oczywiście dla należytego przeprowadzenia desinfekcyi dziś niewystarczających. Natomiast parowych aparatów desinfekcyjnych jest z pewnością po siedzibach lekarzy okręgowych bardzo mała ilość, skoro w roku 1905 na 78 powiatów administracyjnych było ich tylko 247 a niewiadomo, czy od tego czasu poprawiły się znacznie stosunki w tym kierunku.

Liczba aparatów formalinowych będzie jeszcze mniejsza, skoro wzrosła po koniec r. 1905 tylko do 207.

Nawiasowo powiem, że skok do tej liczby z 19 od r. 1903, podczas gdy liczba aparatów parowych od tego roku do 1905 z 239 podniosła się tylko do 247, dowodzi dobitnie praktyczności stosowania pary formalinowej. Wzgląd, że przedmioty takie jak kożuchy, opończe, poduszki, kołdry itp. nadają się do odkażenia za pomocą formaliny i że je ludność do takiego odkażenia zwykle bez oporu powierza, jak to w ostatniem sprawozdaniu c. k. krajowej Rady zdrowia czytamy, powinien zachęcać do wprowadzenia tego rodzaju desinfekcyi po okręgach. Tylko tam nie może być o tem mowy, gdzie niema przynajmniej dwóch ubikacyi, co w domach wieśniaczych, a także i w innych, w porze zimowej jest przeważnie regułą. Rodzi się zatem wobec tego kwestya, czy nie należałoby dążyć do stopniowej budowy po siedzibach lekarzy okręgowych stałych, lub ruchomych komór desinfekcyjnych dla pary formalinowej.

Co jest powodem wytkniętych powyżej braków? Tylko nierentująca się oszczędność Rad gminnych, które w swym rocznym budżecie na wszystko mają rubrykę, tylko nie dla agend asanacyjnych i leczniczych.

Tyle co do najważniejszych braków pod względem ochronnym.

W kierunku leczniczym mamy najpierw do zaznaczenia, że im więcej lat lekarz okręgowy styka się z ludnością okręgu przy sposobności dojazdów do chorych i wyjazdów urzędowych peryodycznych, tłumienia chorób zakaźnych, szczepienia od ospy, komisyi sądowych itp., tem częściej ma wtedy do czynienia w przypadkach chorobowych z robotnikami, rzemieślnikami, drobnymi kupcami, przemysłowcami i rolnikami, którzy uchodzić chcą zawsze za rzeczywiście ubogich chorych. Uznać wszystkich za ubogich, znaczyłoby dla lekarza zejść również do rzędu ubogich, gdyż są to ludzie, którzy stanowią dla niego zwykłą klientelę i źródło jakiego takiego dochodu. Tylko dla zgody i na rachunek naszego stanowiska zmuszeni jesteśmy za świadczenia lekarskie przyjmywać od chorych tej kategoryi zbyt niskie honorarya, z korzyścią dla nich, a z uszczerbkiem dla nas i z tą świadomością, że postępowaniem takiem przeciwdziałamy dążnościom ogółu lekarzy, zmierzającym właśnie przez podwyższenie należytości lekarskich do poprawy warunków bytu.

To jedno złe, drugie zaś leży w tem, że rzeczywiście ubodzy chorzy, których lekarz na pierwszy rzut oka nawet bez po-

świadczenia urzędowego poznać może z fizyognomii, ze sposobu żalenia się, z ich otoczenia, a więc żebracy, słudzy, czeladź, sieroty i materyalnie podupadli ze wspomnianych wyżej kategoryi itp. nie cieszą się wystarczającą opieką ze strony Urzędów gminnych, o ile one względem tych osób mają zobowiązania. Nie odbiegnę zbyt daleko od prawdy, twierdząc, że opieka nad ubogimi chorymi ogranicza się obecnie w gminach okręgów tylko na uzyskaniu od lekarza bezpłatnej ordynacyi, lub zabiegu chirurgicznego a od gminy tylko tu i ówdzie także i leku, zaś o resztę tj. o pożywienie, a w zimie o opał i światło, sami postarać się muszą. A przecież ustawa o przynależności z r. 1863 i gminna z r. 1896 mówi o chwilowem i o stałem dostarczaniu potrzebnego utrzymania dla ubogich chorych, bez czego skutecznego leczenia wcale sobie wyobrazić nie można. Wprawdzie Urzędy gminne wywiązują się z tego zadania w ten sposób, że często, chociaż nie zawsze, odsyłają takich chorych do szpitala powiatowego, ale zanim to nastąpi, upływa zwykle sporo czasu, gdyż chorzy z ludu łudzą się zawsze nadzieją szybkiego wyzdrowienia w domu i z wyjazdem do szpitala zwlekają, zresztą nie wszystkie przypadki kwalifikują się do leczenia szpitalnego, a w końcu nie wszyscy chcą się mu poddać.

Trzecie złe ujawnia się w braku miejsca dla zebrania ubogich chorych w celach leczniczych. Każdy, z leczeniem chorych na prowincyi praktycznie obeznany, przyzna, że należyta opieka lekarska nad tymi chorymi, po rozległych okręgach rozprószonymi, jest trudna, nawet do urzeczywistnienia niemożliwa, wyjąwszy przypadki nagłe i porody z powikłaniami. Tego, czego ustawa nie przewidziała, lud jest świadom dawno i wysyła ubogich nie obłożnie chorych do siedziby lekarza z reguły, obłożnych zaś bardzo często, co prawda także w mniemaniu, że tu doraźniejszą i skuteczniejszą pomoc lekarską otrzymają.

Z tego widzimy, że mamy w spełnianiu obowiązków względem ubogich chorych stosunki anormalne. Dowolność dzisiejszego pojęcia istoty ubóstwa, nieprzestrzeganie ze strony Urzędów gminnych odnośnych ustaw o utrzymaniu rzeczywiście ubogich chorych, brak dla nich odpowiedniego funduszu, wynikającego niestety z ubóstwa gmin samych i rozrzucenie chorych na znacznej przestrzeni a wymaganie mimo to należytej opieki nad nimi, oto główne przyczyny chromania służby lekarzy okr. w tym dziale.

Dalszą przyczynę niezupełnie prawidłowej sytuacyi służby lekarskiej okręgowej należałoby w końcu upatrywać i w tem, że wypracowanie urzędowych półrocznych sprawozdań ze stanu zdrowotnego okręgów, względnie postępu ich w tym kierunku, nie odbywa się według jednolitego planu i systemu z uwzględnieniem całokształtu asanacyi kraju i łączności z nią i z jednomyślnem wskazywaniem na przyczyny istniejących i powstających usterek takich, których radykalne usunięcie uzyskać by można dopiero za poprzedniem przekształceniem norm rozporządzenia wykonawczego.

Relacye, podług celowo ułożonego wzoru wypracowane, mogłyby mieć wartość nawet statystyczną. Obecnie przedkładamy statystyczne wykazy sanitarne na wzorach własnych, każdy według swego widzimi się, a pomimo, że według dawnej i nowej instrukcyi mają być formularze dla prac tych dostarczane przez odnośne władze, jakoś się to dotąd nie ziszcza.

Naprowadziliśmy więc szereg niedomagań organizacyi służby sanitarnej okręgowej i ich przyczyny na podstawie zebranych dat z pism zawodowych, z dyskusyi na zjazdach lekarzy okręgowych a także i z osobistego kilkunastoletniego doświadczenia. Powstaje teraz kwestya, co należy czynić i jak postąpić, celem możliwego uchylenia złego.

Ponieważ z powyższego zestawienia wysnuć się musi wniosek, że obecne niewłaściwe przejawy w służbie lekarskiej okręgowej sprawia przedewszystkiem nienależyte sformułowanie postanowień rozporządzenia wykonawczego do noweli z r. 1906 i instrukcyi, przeto w imię normalnego rozwoju służby tej pod względem ochronnym i leczniczym winien Związek galicyjskich lekarzy okręgowych objąć swą pracą programową cały szereg zmian, koniecznych w owych przepisach i w tym celu przedkładać kompetentnym władzom następujące wnioski, które w ogólnym zarysie podaję.

Celem umożliwienia sprawności w spełnianiu obowiązków służbowych i podołania im, należy dążyć do zredukowania niezliczonych wymogów, objętych instrukcyą służbową, lub przy pozostawieniu tychże do zredukowania rozległości okręgów.

Dla przyspieszenia toku urzędowych spraw sanitarnych, dotyczących okręgów, zmierzać potrzeba do ograniczenia szeregu instancyi, przez które półroczne relacye zdrowotne wraz z wnioskami przechodzą, tak, aby te wnioski załatwiane bywały przez władze powiatowe, władze zaś krajowe były tylko o wyniku załatwień powiadamiane.

Aby publicznej ochronie zdrowia w okręgach zabezpieczyć faktyczne wykonanie zarządzeń sanitarnych, poczynionych przez lekarzy okręgowych, domagać się należy dla ich organizacyi odpowiedniej egzekutywy, w rozporządzeniu wykonawczem zagwarantowanej, o ile dla niezawodnego uskutecznienia niektórych zarządzeń takich nie byłby wymagany osobny przymus ustawowy n. p. przymus budowania ustępów po miasteczkach, w braku którego postęp asanacyjny jest w wysokim stopniu utrudniony.

W interesie higieny publicznych i prywatnych budowli i dla wprowadzenia w nich przynajmniej pierwiastkowych urządzeń higienicznych żądać należy nałożenia przymusu na Urzędy gminne do zasięgania opinii sanitarnej lekarzy okręgowych przynajmniej przy powstawaniu nowych budynków w siedzibach tychże lekarzy i przy udzielaniu konsensu na ich zamieszkanie, tembardziej, że w tych miejscowościach stosunki mieszkalne i zwiększony ruch handlowy powoduje zwykle rozwlekanie chorób zakaźnych i na miejscowości okoliczne.

W celu ułatwienia i zgodnego z Urzędami gminnymi sprawowania obowiązków służby lekarskiej okręgowej, jakoteż w celu należytego przysposobienia do tego tych urzędów, należy starać się o wciągnięcie ich w drodze rozporządzenia do czynnego współudziału w tej służbie w ten sposób, ażeby udzielały lekarzom okręgowym informacyi o usuniętych i nowopowstających usterkach, prowadziły wykazy w obrębie gminy pojawiających się chorób zakaźnych, chorych, dotkniętych chorobami wenerycznemi i jaglicą, wykazy ciemnych, głuchoniemych, umysłowo upośledzonych i kalek z podziałem na będących pod opieką Urzędów gminnych lub rodziny, wykazy przypadkowo uszkodzonych, ubogich chorych, utrzymywanych kosztem publicznym i kataster studzień istniejących i nowo powstających.

Wobec faktu, że jednolitość załatwiania agend sanitarnych okręgów jest niemożliwa przy dzisiejszej rozbieżności pojęć Urzędów gminnych o urzędowej kompetencyi lekarzy okręgowych i powiatowych jest niezbędnem czynić starania, zmierzające do rozgraniczenia zakresu urzędowania tych lekarzy, mianowicie co do tłumienia chorób epidemicznych w okręgach, komisyi z powodów ważnych dla asanacyi, otwierania grobów, transportu zwłok i t. p. Nie należałowy także przy tej sposobności przejść do porządku nad potrzebą ustalenia pojęcia o ogólnym nadzorze państwowym nad sprawami sanitarnemi, gdyż go z brzmienia ustawy z r. 1870 zadawalająco wyrozumieć niepodobna.

Z uwagi, że postanowienia noweli do ust. z r. 1891 w sprawie zwijania istniejących okręgów sanitarnych i możliwego wyłączenia z nich siedzib lekarzy okręgowych i postanowienie § 8 rozporządzenia wykonawczego w sprawie przeniesienia niedyscyplinarnego powodują nienaturalną zawisłość lekarzy okręgowych od różnych okoliczności, pozostaje na razie co do pierwszych ubolewać, że III-ci Zjazd tychże lekarzy, względnie ich Komitet nie założył przeciw nim protestu energicznego, zaś co do drugiego żądać potrzeba zmodyfikowania przedostatniego ustępu rzeczonego paragrafu z określeniem bliższych warunków, a w sprawie przeniesienia dyscyplinarnego i nakładania kar na lekarzy okręgowych z zastrzeżeniem dla ich instytucyi w § 15 rozp. wykonawcz. w postępowaniu karnem rzecznika fachowego ze strony Izby lekarskiej.

Przedostatni ustęp §. 8 rozp. wykon. służyć może tylko do szerzenia postrachu między kandydatami, chcącymi starać się o służbę lekarską okręgową, w każdym razie wcale ich do niej nie zachęca.

Ustęp ten stanowi także jednę z przyczyn wakowania wielu posad w tej służbie.

Również obniżać może ustęp ten powagę lekarzy okręgowych wobec najniższych administracyjnych jednostek autonomicznych, jakiemi są Urzędy gminne, gdyż sprawia on i to, że wzmiankowani lekarze znajdują się nieraz w pośród dwóch sfer rozbieżnych, jakoby między młotem i kowadłem: tu wypełnienie obowiązku, tam znów względy natury politycznej i § 8.; obniżać to może także sprawność służbową lekarzy okr. i ich poziom moralny.

Korzyść z takiego brzmienia ustawy jest problematyczna, gdyż wątpić należy, czy w danym razie lekarz starszy zrezygnuje z przeniesienia z urzędu i ruszy z miejsca swego pobytu, do którego go zaufanie ludności wiąże, zaś następca jego chyba już gorszych warunków egzystencyi, z przyczyn łatwo zrozumiałych, gdzieindziej nie znajdzie.

W kierunku leczniczym winien Związek w interesie tak lekarzy okręgowych, jak i rzeczywiście ubogich chorych, w sprawie reorganizacyi opieki nad ubogimi chorymi energicznie głos zabierać, wskazując na potrzebę ujęcia w ściślejsze ramy pojęcia rzeczywistego ubóstwa, gdyż przy leczeniu chorych na prowincyi chodzi o drobne, a nie o kwoty znaczniejsze, jak procesowe, pogrzebowe, weselne i t. p. na które osoby, za ubogie uchodzić chcące, zawsze się zdobywają, zaś ze względów praktycznych i celem dostarczenia chorym w okręgach pomocy lekarskiej tańszej, na potrzebę podziału ich na zupełnie ubogich i względnie ubogich.

Dla pierwszych potrzeba koniecznie, w miarę materyalnych zasobów gmin, może w drodze opłaty niskiego % do dodatków gminnych, bodaj skromnego funduszu na niezbędne środki dla życia i budowy szpitalików w siedzibach lekarzy okręgowych dla leczenia chorób chirurgicznych i wenerycznych o skromnej ilości łóżek i dla celów izolacyjnych, do której to budowy obecnie nowela do ustawy tylko miasta, utrzymujące własnych lekarzy, a nie siedziby lekarzy okręgowych, obowiązuje. Dla drugich zaś trzeba wypracować odpowiednią taryfę lekarską, aby nasza grupa zawodowa pod względem tańszego udostępnienia pomocy lekarskiej z normami etyki w sprzeczności nie pozostawała. (Dok. nast.)

W sprawie rozporządzenia wykonawczego
do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych.

Wkrótce ma wyjść rozporządzenie wykonawcze do „ustawy krajowej z dnia 12. maja 1909 r., normującej płace emerytalne lekarzy okręgowych, tudzież zaopatrzenia wdów i sierot po nich pozostałych“ Dz. u. i r. kr. Nr. 68 z 1909 r. Z tego powodu wypadnie bliżej zastanowić się nad tą ustawą.

Lekarze okręgowi należą do tych funkcyonaryuszy publicznych, czy też urzędników prywatnych, którzy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia w wiedeńskim zakładzie pensyjnym lub w innym zakładzie zastępczym. Za zakład zastępczy względnie „umowę zastępczą“ uważany może być statut emerytalny, przy zachowaniu jednakowoż pewnych warunków, od których c. k. Rząd czyni zawisłem uznanie statutu za umowę zastępczą. Przedewszystkiem zatem rozpatrzeć nam należy, czy ustawa z dnia 12/5 1909 posiada warunki, potrzebne do uznania jej za umowę zastępczą. Jestto rzecz niezmiernej wagi — o ile bowiem ustawa danych warunków mieć nie będzie, o tyle lekarze okręgowi wszyscy lub część ich podlegać będą musieli dodatkowemu ubezpieczeniu w pensyjnym zakładzie wiedeńskim lub innym krajowym, uznanym przez rząd za zastępczy. Stosownie do tego wypadnie rozporządzenie wykonawcze do ustawy z dnia 12/5 1909 r. odpowiednio sformułować.

Aby statut miał wobec rządu charakter umowy zastępczej powinien między innymi posiadać następujące warunki. Pomijając mniej ważne szczegóły, tylko taki statut emerytalny może być uważany za „umowę zastępczą“, który daje świadczenia, dorównujące w przecięciu conajmniej świadczeniom ustawy pensyjnej (§ 65 ustęp 1 ust. pensyjnej) a opłaty (wkładki, premie) mogą być o tyle wyższe, o ile świadczenia umowy zastępczej są wyższe (§ 65 ustęp 2). Na wypadek przejścia lekarza okręgowego do zakładu pensyjnego wiedeńskiego lub innego zakładu zastępczego, (a więc np. w razie opuszczenia lub zwinięcia posady okręgowej) musi być przewidzianym obowiązek funduszu krajowego do przekazania kwoty, równającej się tej rezerwie premjowej, jaka dla lekarza okręgowego w razie ubezpieczenia go w zakładzie pensyjnym wiedeńskim musiałaby być zebraną (§ 65 ustęp 3). W końcu rozstrzyganie sporów co do roszczeń statutowych i ich wysokości musi być zastrzeżone sądowi polubownemu, albo zwyczajnemu (§ 65 ustęp 5).

To są najważniejsze warunki, bez dopełnienia których żadna ustawa emerytalna nie może mieć charakteru umowy zastępczej (§ 66 lit. b) ustawy pensyjnej). Dalsze szczegóły wyłonią się wśród omawiania pojedyńczych paragrafów ustawy emerytalnej z dnia 12/5 1909.

Rozpatrzmy obecnie, o ile ustawa ta spełnia warunki „umowy zastępczej“ i o ile niektóre szczegóły, niezbyt zgodne z ustawą pensyjną, dadzą się wyrównać rozporządzeniem wykonawczem oraz omówmy wszystko, co przy pojedyńczych paragrafach tej ustawy może mieć niejakie znaczenie dla rozporządzenia wykonawczego.

Ad § 1. Tu przedewszystkiem musimy się zastanowić, czy w ogólności wszyscy lekarze okręgowi mają obowiązek należenia do funduszu emerytalnego (przymus ubezpieczenia), o ile posiadają warunki z § 2 tej ustawy. Szczegół ten (przymus ubezpieczenia), niezmiernie dla funduszu emerytalnego korzystny, nie da się niestety praktycznie przeprowadzić z przyczyn, które w dalszym ciągu się uwidocznią. Wypadnie zatem w rozporządzeniu wykonawczem pozostawić wolność każdemu z lekarzy okręgowych złożenia deklaracyi, że przystępuje do funduszu emerytalnego krajowego lub, że praw do emerytury z funduszu krajowego się zrzeka. Dowolność taka wynika już z samego brzmienia ustawy, a w § 14 ustęp 3 wyraźnie, choć ubocznie, jest nawet zaznaczoną.

Ad § 2. Tylko ci lekarze okręgowi, którzy w dniu nominacyi (lecz nie w dniu złożenia przysięgi służbowej) nie przekroczyli 40 roku życia, mają prawo do emerytury. Ustawa pensyjna urzędników prywatnych, jako granicę przymusowego ubezpieczenia, oznacza skończony 55 rok życia (§ 2 ustawy pensyjnej). Wobec tego tych lekarzy. którzy nie przekroczyli 55 roku życia będzie musiał Wydział krajowy dodatkowo ubezpieczyć w zakładzie pensyjnym wiedeńskim lub innym krajowym (uznanym przez rząd za zastępczy).

Ostatni ustęp omawianego paragrafu pozbawia praw do emerytury cały szereg lekarzy okręgowych, zajmujących nawet za zezwoleniem Wydziału krajowego posady lekarzy kolejowych, kasowych etc., jeżeli ci mają prawa do emerytury z funduszów kolejowych etc. Wobec tego musi w rozporządzeniu wykonawczem być pozostawiona dowolność tym lekarzom okręgowym należenia do funduszu emerytalnego krajowego (i opłacania wkładek) lub nie należenia. Bezwątpienia byłoby wskazane, aby lekarze okręgowi z powodu szczupłych pensyi mogli kumulować emerytury z dwu lub więcej źródeł i do tego w przyszłości dążyć należy, jednak wobec wyraźnego brzmienia ustawy emerytalnej w § 2, innego punktu wyjścia na razie niema, jak pozostawić lekarzom okręgowym wolność zrzeczenia się świadczeń ustawy krajowej, aby mogli korzystać z praw do emerytury z innego źródła.

Ad § 3. Wkładki do funduszu emerytalnego (3%) ciążące na lekarzach okręgowych, doliczywszy do tego taksę nominacyjną 100 koron, która wpływa do funduszu emerytalnego, dorównują „premiom“ ustawy pensyjnej, które wynoszą przeciętnie 3·33 do 3·34% [1]). Natomiast świadczenia ustawy emerytalnej są przeważnie — choć nie we wszystkich wypadkach — nieco wyższe od świadczeń ustawy pensyjnej. Ustęp ostatni omawianego paragrafu podaje, że opłaty ciążące na lekarzach okręgowych mogą być podwyższone. Zdarzyćby się w takim razie mogło, że świadczenia ustawowe mogłyby w stosunku do opłat być nawet niższe od świadczeń ustawy pensyjnej, czyli i w tym wypadku ustawa emerytalna nie mogłaby mieć wobec rządu charakteru umowy zastępczej (§ 65 ustęp 1 i 2 ustawy pensyjnej). Aby temu zapobiedz rozporządzenie wykonawcze powinno postanowić, że techniczne rewizye funduszów (bilans asekuracyjno-techniczny) oraz obowiązek wydania zarządzeń do sanacyi finansowej w razie stwierdzenia niedoboru w asekuracyjnem pokryciu świadczeń, ma być przedsiębrane co lat pięć (w latach, kończących się na 5 i 0). W latach tych bowiem przeprowadzane są analogiczne rewizye funduszu pensyjnego zakładu wiedeńskiego (§ 65 ustęp 4 ust. pens.). Zarazem rozporządzenie wykonawcze powinno zastrzedz. że opłaty, ciążące na lekarzach okręgowych, nie mogą być w takim stopniu podwyższane, aby świadczenia pensyjne (zakładu wiedeńskiego) były w stosunku do opłat wyższe od świadczeń ustawy emerytalnej.

Ad § 4. W tem miejscu rozporządzenie wykonawcze powinno postanowić, aby fundusz emerytalny był zarządzany i wykazywany osobno. Nadto stpsownie do wymagań § 66 lit. a) ustawy pensyjnej powinno w tem miejscu znajdować się postanowienie, aby fundusz emerytalny stał pod gwarancyą kraju, to znaczy: żadnemu lekarzowi okręgowemu względnie wdowie lub sierocie nie można odmówić lub obniżyć należących się im świadczeń na wypadek wyczerpania funduszu emerytalnego.

Ad § 6. Ustawa emerytalna lekarzowi okręgowemu, który „co najmniej“ po pięciu latach służby „stał się do spełniania jej zupełnie niezdolnym“ i to „przy wykonywaniu tej służby względnie spowodu jej spełniania“ przyznaje tylko część emerytury, podczas gdy ustawa pensyjna urzędników prywatnych w § 5 ustęp ostatni przyznaje w analogicznych wypadkach bez względu na lata służby pełną emeryturę. Nieludzkie to postanowienie § 6 ustawy emerytalnej z 12/5 1909, sprzeciwia się paragrafowi 65 ustęp 1 ustawy pensyjnej („świadczenia nie mogą być mniejsze, niż w ustawie pensyjnej“) przeto w tym wypadku ustawa z dnia 12/5 1909 r. nie może być uważaną za „umowę zastępczą“. Wątpić należy, czy rozporządzenie wykonawcze zdolne będzie wobec wyraźnego brzmienia § 6 złagodzić w jakiejś części niesprawiedliwość tej ustawy [2]).

Ad § 8. a). W ustępie tym rozporządzenie wykonawcze zastrzedz powinno, że koszta badania stanu zdrowia lekarza okręgowego, który po 10 latach służby stał się do niej niezdolny — ponosi Wydział krajowy, jeżeli ze swojego ramienia, nie polegające na dołączonem świadectwie lekarskiem, chce się przekonać o stanie zdrowia petenta.

Ad § 8 punkt 2. Tu rozporządzenie wykonawcze „przeniesienie w stały stan spoczynku lekarza okręgowego z urzędu według własnego uznania przez Wydział krajowy“ powinno uczynić zależnem od dochodzenia urzędowego przy współudziale delegate c. k. krajowej Rady zdrowia i wysłuchaniu opinii Izby lekarskiej. Współudział finansowy, jaki, nie posiadając własnej reprezentacyi, lekarze okręgowi w utworzeniu funduszu emerytalnego mają, skłonić powinien Wydział krajowy do jaknajdalej idącej ostrożności w „kwieskowaniu“ lekarzy okręgowych: stąd zasięgnięcie opinii Izby lekarskiej, w każdym poszczególnym wypadku, jest niezbędne.

Ad § 9. To samo co, powiedzieliśmy, omawiając § 8., dotyczy i § 9-go, traktującego o przeniesieniu lekarza okręgowego w „czasowy“ stan spoczynku. Nadto w ustępie 2-gim rozporządzenie wykonawcze zastrzedz powinno lekarzowi „czasowo“ „kwieskowanemu“ pierwszeństwo przed innymi kandydatami w nadaniu mu posady w opróżnionym w najbliższym czasie innym okręgu. Aby ustawa emerytalna miała charakter „umowy zastępczej“ wobec rządu, rozporządzenie wykonawcze w § 8 i 9 zastrzedz powinno zakładowi pensyjnemu zwrot rezerwy premiowej lekarza okręgowego, stale lub chwilowo kwieskowanego, gdyby lekarz ten objaw-

---

[1]) Dr. Zdzisław Słuszkiewicz. Ustawa pensyjna z dnia 16. grudnia 1906 stronica 22 przypisek 48.

[2]) Lekarz okręgowy, ubezpieczony w Zakładzie pensyjnym według klasy II, pobierający 1000 kor. rocznej pensyi, miałby w razie niezdolności do pracy choćby po kilku tygodniach służby pełną emeryturę w sumie 675 Kor. rocznie. Według ustawy emerytalnej otrzymałby dopiero po 5 latach służby 400 koron rocznej pensyi w razie zaś zupełnej niezdolności do pracy 640 koron rocznie. Jeżeliby niezdolność do pracy przed piątym rokiem służby nastąpiła, otrzymałby lekarz okręgowy według ustawy emerytalnej jednorazową odprawę 1000 koron.

ny inną posadę, zakładowi pensyjnemu wiedeńskiemu lub zastępczemu podlegał.

Ad § 11. Przy paragrafie tym powtórzyć byśmy, musieli wszystko tocośmy, powiedzieli omawiając § 6. Niesłuszne, niesprawiedliwe postanowienia ustępu pierwszego paragrafu 11-go w rozporządzeniu wykonawczem uchylić się nie dadzą. Ustęp ten sprzeciwia się § 65 ustęp 1. ustawy pensyjnej i powoduje, że ustawa emerytalna za umowę zastępczą uważaną być nie może. W analogicznym wypadku lekarz, pobierający 1000 kor. rocznej płacy, ubezpieczony w zakładzie pensyjnym wiedeńskim, pobierałby po 675 koron rocznej emerytury. W ustawie emerytalnej krajowej zaś lekarz ten za narażenie życia i poświęcenie zdrowia, otrzyma jednorazową odprawę 1000 koron, — a po wyczerpaniu tych nie pozostanie mu nic innego nad śmierć z głodu.

Ad § 12 ustęp 1. 2. 3. (Utrata prawa do emerytury). Rozporządzenie wykonawcze w podanych ustępach powinno zastrzedz lekarzowi okręgowemu zwrot opłat, przez niego uiszczonych (wraz z taksą nominacyjną) bez procentów, analogicznie do §§ 25 i 26 ustawy pensyjnej — w przeciwnym razie świadczenia ustawy emerytalnej byłyby znów niższe od świadczeń zakładu pensyjnego, czyli znów ustawa emerytalna w myśl § 65 ustęp 1 ustawy pensyjnej nie mogłaby mieć charakteru „umowy zastępczej.“ Nadto w tych ustępach rozporządzenie wykonawcze powinno zastrzedz obowiązek, ciążący na funduszu krajowym, przekazywania tak zwanej „rezerwy premiowej“ innemn zakładowi pensyjnemu, gdyby lekarz, opuszczając służbę okręgową i przyjmując inną posadę, innemu zakładowi pensyjnemu podlegał.

Ad § 15. Odprawa wdowy po lekarzu okręgowym, nie mającym prawa do emerytury, wynosi czwartą część ostatniej rocznej płacy męża. Przy pensyi lekarza okręgowego 1000 do 1200 kor. rocznie odprawa wdowy lub sierót bez ojca i matki wynosiłaby w ustawie pensyjnej wiedeńskiej 540 kor. w ustawie emerytalnej krajowej z 12/5 1909 r. zaś wynosi 250 do 300 koron, a sieroty bez ojca i matki żadnej odprawy nie dostają. Jak widzimy i w tym wypadku ustawa pensyjna wiedeńska wyższe dawałaby świadczenia od ustawy emerytalnej krajowej.

Ad § 16. Sieroty bez ojca i matki otrzymują dodatki na wychowanie w tej samej wysokości, co sieroty bez ojca przy żyjącej matce. Stąd sieroty bez ojca i matki pobierają wyższe dodatki na wychowanie w ustawie pensyjnej (wiedeńskiej), niż w ustawie emerytalnej krajowej. Przy pensyi lekarza okręgowego 1000 kor. rocznie zaopatrzenie sieroty bez ojca i matki wynosiłoby w ustawie emerytalnej 125 koron, w ustawie pensyjnej (wiedeńskiej) zaś 180 koron rocznie. Suma wszystkich dodatków na wychowanie w ustawie emerytalnej nie może przekraczać sumy 500 kor. rocznie, w ustawie pensyjnej zaś 540 kor. Jak widzimy i w tym wypadku ustawa pensyjna wiedeńska wyższe daje świadczenia od ustawy emerytalnej krajowej z dnia 12/5 1909.

Ad § 18 ustęp 2. „Dziecko traci prawo do dodatku na wychowanie: . . . . 2) jeżeli otrzymało stałe zaopatrzenie.“ W tym miejscu rozporządzenie wykonawcze określić powinno, co rozumieć należy przez „stałe zaopatrzenie“. Sądzę, że jako stałe zaopatrzenie w tym wypadku rozumieć należy zasiłki, przewyższające pensyę sierocą, z funduszów publicznych, a więc np. stypendya i t. p. Za stałe zaopatrzenie sierot, pozbawiające je prawa do poboru pensyi sierocej, nie można zaś uważać prywatnego mienia, jakie zmarły lekarz okręgowy własną zapobiegliwością zaoszczędził lub renty względnie policy asekuracyjnej lub t. p.

W końcu rozporządzenie wykonawcze powinno określić po myśli § 65 ustęp 5. ustawy pensyjnej sposób załatwienia sporów co do roszczeń statutowych w sądzie polubownym, czy zwyczajnym.

* * *

Biorąc za podstawę 1000 do 1200 kor. płacy rocznej lekarze okręgowego, przekonywamy się, że przy równych prawie opłatach, ciążących na ubezpieczonym lekarzu okręgowym tak w ustawie emerytalnej (krajowej), jak w ustawie pensyjnej (wiedeńskiej), niektóre świadczenia są w ostatniej ustawie nawet o wiele korzystniejsze. Dotyczy to mianowicie granicy wieku, wymaganego do ubezpieczenia (§ 2), świadczeń dla lekarza okręgowego przed i po pięciu latach służby okręgowej w razie niezdolności do pracy, wskutek tej służby powstałej, zwrotu opłat w razie opuszczenia posady, odprawy wdowy, odprawy sierot bez ojca i matki, dodatków na wychowanie sierot bez ojca i matki.

Wszystkie inne świadczenia ustawy emerytalnej krajowej (emerytury lekarzy okręgowych, pensye wdowie, pensye sierot bez ojca przy żyjącej matce) są natomiast znacznie wyższe.

Przechodząc pojedyńcze paragrafy ustawy emerytalnej krajowej, staraliśmy się za pomocą rozporządzenia wykonawczego, nawiązać grożącą co chwilę zerwaniem nić pomiędzy ustawą emerytalną krajową, a ustawą pensyjną wiedeńską w tej myśli, aby lekarze okręgowi nie byli dodatkowo ubezpieczeni w zakładzie wiedeńskim. Niestety grożąca zerwaniem w § 2 nić pęka już w §§ 6 i 11 i zdaje się, że ustawa emerytalna krajowa nie będzie mogła być uznaną za „umowę zastępczą“ t. j. lekarze okręgowi będą musieli być ubezpieczeni dodatkowo w zakładzie pensyjnym wiedeńskim, lub zastępczym. Być może zresztą, że ustawa emerytalna krajowa jakiś czas nietkniętą się utrzyma — ale jeżeli nawet w przyszłości lekarz okręgowy o wyższe świadczenia się nie upomni — to upomni się bezwątpienia zakład pensyjny np. o zwrot rezerwy premiowej, a trudno się łudzić, aby rząd wiedeński nie poparł uzasadnionych ustawą państwową pretensyi zakładu pensyjnego do funduszu krajowego.

W końcu po kilku lub kilkunastu latach pozostanie z ustawy emerytalnej jedynie zewnętrzna powłoka, i to mocno przez orzeczenia trybunału administracyjnego pokiereszowana.

I jeszcze jedno: Między wierszami emerytalnej ustawy zdaje się błąkać patryarchalna myśl, jakoby świadczenia ustawowe były jakimś darem z łaski. Ustawa zdaje się chwilami zapominać, że emerytury opierają się na naukowo uzasadnionej teoryi, zapominać, że są częścią płacy równie, słusznie się należącą, jak pensye roczne w czasie czynnej służby, że w końcu współudział finansowy ubezpieczonych jest nawet wyższy, aniżeli udział funduszu krajowego. Oby błąd ten naprawiono w rozporządzeniu wykonawczem. *Dr. Zasacki.*

SPRAWOZDANIA
Z CZYNNOŚCI IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH.

IZBA LEKARSKA WSCHODNIO-GALICYJSKA.

Protokół XVII. posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej wschodnio galic. w dniu 6. sierpnia 1909.

Przewodniczy: prezydent dr. Festenburg.

Obecni: dr. Kohlberger, dr. Kwiatkiewicz, dr. Mikołajski.

I. Prezydent podaje do wiadomości, że kierownik zakładu im. Bilińskich dr. Gostyński dał przyrzeczenie przyjęcia do tego Zakładu dr. N. N. na którego prośbę przyznano mu jeszcze raz jednorazowe wsparcie w kwocie 20 koron.

II. Prezydent odczytuje udzielony przez wiedeńską Izbę, jako gospodarczą, memoryał lekarzy, ordynujących w Francensbadzie, w sprawie udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej w różnych tamtejszych instytucyach, do których należą także finansowo dobrze sytuowani. Dyskusyę i opinię w tej sprawie uchwalono odroczyć aż do uzyskania bliższych informacyi co do stosunku lekarzy do tych instytucyi.

III. Również co do nadesłanego tą samą drogą wniosku Izby czeskiej, by sekundaryuszom i asystentom w szpitalach nie wolno było przyjmować posad przy kasach dla chorych i innych stałych posad — uchwalono wyczekać bliższych szczegółów, zaznaczając na razie, że Wydział odnośnie do stosunków prowincyonalnych w Galicyi z wnioskiem tym się nie zgadza.

Dr. Kwiatkiewicz. *Dr. Festenburg.*

Protokół XVIII. posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej wsch. galic. w dniu 10. września 1909.

Przewodniczy: prezydent dr. Festenburg.

Obecni: dr. Kohlberger, dr. Kwiatkiewicz, dr. Mikołajski, dr. Papee.

I. Na zapytanie dra N. N. dyrektora szpitala w N., czy celem prowadzenia dowodu prawdy w sprawie z lekarzem wojskowym Dr. N. N. może się powołać przed sądem na świadectwo pacyentów, uchwalono wyrazić opinię, że ze względu na tajemnicę lekarską stać by się to mogło tylko za zgodą tych ostatnich.

II. W sprawie koncesyi na apteki oświadczono się:

a) za otwarciem drugiej apteki w Śniatynie; za przeniesieniem koncesyi na nowonabywcę apteki w Bohorodczanach i za udzieleniem koncesyi na aptekę w Strzeliskach po śmierci dawnego właściciela;

b) przeciw otwarciu drugiej apteki w Horodence, Podwołoczyskach i Rohatynie i przeciw otwarciu nowych aptek we Lwowie: 1) w ulicy 3 Maja, Zielonej, Kurkowej lub Janowskiej; w ulicy Szeptyckich, Zborowskiej, lub Andrzeja Potockiego; 3) w ulicy Kochanowskiego, Piekarskiej lub Sykstuskiej; 4) w ulicy Karola Ludwika, Akademickiej lub Boimów.

W sprawie wyborów do komisyi podatku zarobkowego uchwalono w myśl istniejącego już porozumienia oddać głosy do dyspozycyi Izby adwokackiej.

IV. Na wniosek dra Mikołajskiego uchwalono jednogłośnie: „Izba lekarska wsch. galic., jako prawna reprezentacya stanu lekarskiego przyłącza, się do protestu, wystosowanego przez komitet lekarzy słowiańskich przeciw wyrugowaniu przedstawicielstwa medycyny polskiej z prezydyum honorowego i ze stałej komisyi kongresów lekarskich międzynarodowych i oświadcza gotowość poparcia dalszej akcyi w tej sprawie, wdrożonej przez komitet lekarzy słowiańskich.

V. Zatwierdzono przedłożoną taryfę lekarzy bobreckich, jako przeciętną, dopuszczając dla ubogich opust 50%.

VI. Na prośbę lekarza N. N. w N. o interwencyę Izby przeciw otwarciu posady lekarza okręgowego z siedzibą w N., na którą konkurs został już rozpisany — uchwalono odpowiedzieć, że Izba w tej sprawie, zwłaszcza w obecnem jej stadyum nic uczynić nie może.

VII. Na udzielone przez Namiestnictwo pismo w sprawie fałszowania dyplomów lekarskich, poruszonej przez profesorów Wydziału lekarskiego we Wiedniu, uchwalono wyrazić zdanie, że obmyśleniem środków przeciw temu zająć się przedewszystkiem powinny fakultety.

VIII. Odczytano i załatwiono udzielone do zaopiniowania przez Izbę wiedeńską jako gospodarczą wnioski Izb i tak:

1. W sprawie poruszonej przez Izbę zach. galic., czy lekarzom ze stałą posadą dozwolone ma być wykonywanie praktyki w miejscach kąpielowych w czasie urlopów, wyrażono opinię, że powinno to być niedopuszczalne, jeżeli urlop udzielony został z powodu choroby.

2. Wniosek Izby styryjskiej co do opodatkowania środków leczniczych tajnych i specyfików — oddano do referatu dr. Mikołajskiemu.

3. Wniosek Izby zach. galic. o zmianę rozporządzenia z r. 1859 w sprawie bezpłatnego leczenia „Mannschaft" przez lekarzy urzędowych uznano wskutek istniejącego już nowego rozporządzenia ministeryum obrony krajowej z r. 1891 za bezprzedmiotowy.

4. W kwestyi, poruszonej przez Izbę styryjską czy bojkot lekarza przez lekarzy jest dopuszczalny bez interwencyi Izby — odroczono opinię, aż do poznania konkretnego wypadku, z którego kwestya ta się wyłoniła.

5. Przyłączono się do zdania Izby zach. galic., że lekarz więzienny nie powinien być obowiązany do bezpłatnego wydawania orzeczenia sądowego co do uszkodzeń więźniów, występujących przed sądem jako strona poszkodowana.

Rada honorowa.

I. List dra N. N. dotyczący orzeczenia Izby w sprawie jego przeciw dr. N. N. złożono ad acta.

II. Odczytano doniesienie sądu powiatowego w N. o śledztwie z §. 197 i 201 u. k. wytoczonem dr. N. N.

III. Odczytano doniesienie naczelnika sądu pow. w N. przeciw dr. N. N. o czynne znieważenie i uchwalono zażądać aktów po przeprowadzeniu rozprawy sądowej.

IV. Odczytano wyrok sądu obwodowego w N. w sprawie dr. N. N. i N. N. przeciw dr. N. N. — X. X. i Y. Y. o przekroczenie z §. 488 ust. kar.

Na tem protokół zakończono i podpisano.

Dr. Kwiatkiewicz. *Dr. Festenburg.*

IZBA LEKARSKA ZACHODNIO-GALICYJSKA.

Protokół posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej w dniu 13. września 1909.

Obecni: przewodniczący dr. Schoengut, członkowie: dr. dr. Damski, prof. dr. Dobrowolski, dr. Landau, dr. Łodziński.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy od Nr. 450—487.

3. Przewodniczący odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa L. 1391/31 VII b wzywające do wydania opinii w sprawie dyplomów lekarskich.

Po dyskusyi Wydział uchwala odpowiedzieć: ad 1) Izba lekarska nie jest w możności udzielić opinii, w jaki sposób możnaby zapobiedz fałszowaniu dyplomów, gdyż rzeczą władz wydających dyplomy jest postarać się o to, by dyplomów nie fałszowano; ad 2) w sprawie wydawania dyplomów poddanym obcych mocarstw, Wydział Izby proponuje, by tymże wydawano dyplomy, różniące się od dyplomów, wydawanych poddanym austryackim tak barwą, jakoteż formą i klauzulą. Wreszcie Izba proponuje, by Wysoki c. k. Rząd, wydał zarządzenie, zmierzające do tego, by lekarz, który samierza rozpocząć praktykę, był zobowiązany zgłosić się najpierw do Izby lekarskiej i przedłożyć jej dotyczące dokumenty, przy czem Izba zbada dokładnie jego uprawnienie do wykonywania praktyki. To dałoby się przeprowadzić w ten sposób, że Władze polityczne I instancyi tylko tym lekarzom na wykonanie praktyki lekarskiej pozwoliłyby, którzy się wykażą dowodem, że Izba lekarska ich uprawnienie do wykonywania praktyki zbadała.

4. Przewodniczący zdaje sprawę z kilku przedmiotów, nad którymi tegoroczny Wiec Izb lekarskich ma obradować. Są nimi:

a) Wniosek Izby śląskiej, tyczący się oclenia środków tajnych i specyfików;

b) wniosek Izby styryjskiej, tyczący się bojkotu pewnego lekarza kąpielowego przez kolegów;

c) wniosek Izby styryjskiej, tyczący się stanowiska lekarzy wobec zamierzonej ustawy o ubezpieczeniu społecznem;

d) wniosek Izby styryjskiej, w sprawie reformy ustawy sanitarnej z r. 1870.

Ostateczne uchwały co do powyższych wniosków odłożono na czas późniejszy.

5. Uchwalono jednorazową zapomogę w kwocie 100 kor. P. T. K. wdowie po lekarzu.

6. W sprawie dr. M. przeciw dr. B. przedkłada referent dr. L. dotychczasowe wyniki dochodzeń. Wydział uchwala wezwać Dr. M. by odpowiedział na zarzuty dr. B.

7. Poruszono kwestyę Zjazdu międzynarodowego lekarzy w Budapeszcie i Wiecu słowiańskich lekarzy w Wiedniu, oraz wydarzenia na obu wiecach, nad czem wywiązała się dyskusya i wobec tego, że wiadomości o tych wypadkach pochodzą jedynie z krótkich wzmianek pism codziennych, Wydział Izby uchwala wstrzymać się z zajęciem stanowiska wobec protestu i uchwał, powziętych na wiecu lekarzy słowiańskich we Wiedniu, aż do chwili, kiedy delegat lekarzy polskich zda sprawę z dotyczących wydarzeń.

8. Przewodniczący podnosi myśl dobrowolnego opodatkowania się lekarzy na rzecz „Daru Grunwaldzkiego".

Po dyskusyi Wydział uchwala, że Izba w zasadzie zgadza się na tę myśl, jednakże nie uważa się za instytucyę właściwą do przeprowadzenia tej akcyi, natomiast uchwala zwrócić się do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, jako skupiającego największą ilość lekarzy z propozycyą zainicyowania odnośnej akcyi.

Dr. Landau m. p. *Dr. Schoengut m. p.*

KRONIKA.

Czy egzamin fizykacki jest potrzebnym? Mimochodem przy omawianiu nowej instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych Dolnej Austryi, potrąca korespondent „Wiener Medicinische Presse" Nr. 19. kwestyę egzaminu fizykackiego, wykazując, że egzamin ten jest właściwie zupełnie niepotrzebnym. Miasta o własnym statucie mają więc lekarzy egzaminowanych, inne zaś mogą mieć nie egzaminowanych. Jestto więc forma i nic więcej bo tę samą funkcyę (a nieraz cięższą) pełnią lekarze z egzaminem i bez. Egzamin fizykacki jest tylko utrudnieniem i niepotrzebnym balastem, o ile chodzi o stanowisko lekarzy gminnych. Materyał cały zapomina się zaraz i niema się z tego żadnego pożytku.

Wogóle wszelka klasowość w stanie lekarskim, jak n. p. proponowane w Niemczech egzaminy na specyalistów, nie mają sensu i racyi bytu, bo każdy przyzna, że nie egzamin i złożenie tegoż, ale doświadczenie i praca mają wartość istotną. *K.*

Bojkot lekarski. Z powodu ciągłych zatargów z naczelnym inspektorem szpitala WW. Swiętych we Wrocławiu, wszyscy lekarze szpitalni z wyjątkiem 2 podali się o uwolnienie ze służby. *K.*

Procesy wytaczają obecnie lekarzom pacyenci coraz częściej, korzystając z każdej sposobności. Prof. Chiari donosi n. p. o następującym wypadku:

U pewnego chorego wykonał Dr. X. 28 stycznia r. 1908 podochrzęstnowe wycięcie przegrody nosowej, a następnie nos wytamponował.

Pacyent udał się do domu i popołudniu rzekomo miał mu jeden z tamponów wpaść do gardła, wobec czego chory wyciągnął sobie sam nietylko ten tampon, ale i drugi, poczem zawezwał dopiero wieczorem Dra X., który znalazł wielki krwiak w nosie, odsuwający od siebie obie miękkie ściany przegrody. Wobec tego wytamponował Dr. X. nos na nowo. W następstwie, jak to było do przewidzenia, zjawiło się ropienie z wysoką gorączką. Chory zażądał narady, na którą przybył Dr. Y. Potem za obopólną zgodą objął leczenie Dr. Y. 19 lutego przybył chory do Dra X. twierdząc, że rana już jest zgojona, był z wyniku operacyi zadowolony, a nawet obiecał, że przybędzie znowu celem usunięcia polipa. Na żądanie pacyenta wysłał Dr. X. rachunek, który uznał pacyent jednak za zbyt wygórowany i ofiarował lekarzowi połowę należytości, twierdząc, że przez zawinienie Dra X. zmuszony był narażać się na koszta konsylium i drugiego lekarza.

Dr. X. wobec tego zaskarżył pacyenta do sądu o całą sumę. I wtedy wyszła na jaw wdzięczność chorego. Oświadczył on, że już w drodze do domu po operacyi poczuł, że tampon zesuwa mu się do gardła i wyciągnął go dlatego by się nie udusić. Na tamponie znalazł jeszcze kawałek chrząstki 1 cm. długi, a 2 mm. szeroki. Ponadto twierdził chory, że Dr. X. nie poznał się na przyczynie i siedlisku ropienia i dopiero Dr. Y. wykonać musiał 2 nacięcia celem otworzenia odpływu ropy. Dr. J., w sprawie tej słuchany jako świadek, orzekł, że wykonał 2 nacięcia, ale większego ogniska ropnego nie znalazł.

Chiari, słuchany jako rzeczoznawca, wydał następujące orzeczenie: operacya wykonaną została „lege artis“. Tak mały kawałek chrząstki może łatwo zagubić się w nosie, ale nie jest to połączone ze żadną większą szkodą dla chorego. Obluźnienie tamponu wydarza się często i nie lekarz jest bezpośrednią tego przyczyną. Dr. X. postępował i leczył zupełnie dobrze, wobec czego ma zupełne prawo żądać pełnego honoraryum, które podane zostało w odpowiedniej wysokości. *K.*

Potrzebę dalszego kształcenia się lekarzy (Fortbildungswesen) omawiał na ogólnem posiedzeniu międzynarodowego Zjazdu w Budapeszcie Kutner.

Kształcenie powinno być tak teoretyczne, jak i praktyczne, a do tego ostatniego niezbędnie potrzebnemi są odpowiednie szpitale, lub kliniki. W Ameryce już takie zakłady istnieją n. p. New York postgraduale School, przeznaczona jedynie do tego celu. W Berlinie kursy uzupełniające odbywają się w „Kaiserin Friedrich Haus“.

Postulaty swe streszcza Kutner następująco:

1) Wobec ciągłego postępu wiedzy lekarskiej wykształcenie lekarza nie może się kończyć z chwilą opuszczenia uniwersytetu, lecz musi być ono ciągle dopełnianem, a to dlatego, by lekarz w poglądach swych nie pozostawał w tyle za innymi.

2) W tym celu należy umożebnić lekarzom korzystanie z postępu wiedzy, a to przez kursy, które z jednej strony powinny być bezpłatnymi, a z drugiej odbywać się w kilku miejscach danego państwa, by nie gromadziły za dużo naraz uczestników, a nie narażały lekarzy na koszty podróży.

3) Kursy te urządzać należy w czasie, dla lekarzy ze względu na stratę w praktyce najodpowiedniejszym.

4) W zakres kursów powinny wchodzić przedewszystkiem najnowsze postępy wiedzy i gałęzie medycyny nowsze np. medycyna socyalna i t. p.

5) Do tego celu stwarzać należy specyalne instytuty, a nie, jak dotąd, odbywać kursy po klinikach i szpitalach, których zadanie jest zupełnie inne. K.

Nowy przykry, a bolesny cios, jaki spotkał nasz naród na t. zw. międzynarodowym zjeździe w Budapeszcie nasuwa znowu myśl, którą swego czasu podnosiliśmy, a mianowicie, czy wszelkie pompatyczne przyjęcia, oficyalne przemówienia, bankiety itp. mają wogóle na zjazdach lekarskich racyę bytu? Odpowiedź wypaść musi przecząco. Nie chodzi o to, by uczestnikom zjazdu odmawiać urozmaicenia w czasie wolnym od posiedzeń, owszem komitety starać się powinny i o rozrywki, ale to rzecz całkiem różna od poprzedniej. Jeżeli czytamy w sprawozdaniach ze zjazdów lekarzy i przyrodników, że miasto na zjazd wydało parękroć tysięcy marek, franków, koron, lirów i t. p. to mimowoli nasuwa się myśl, czy nie byłoby lepiej, gdyby te pieniądze ofiarował zarząd miasta zawsze do dyspozycyi zjazdu n. p. na cele dobroczynno-lekarskie, fundusze wdów, budowę domów zdrowia dla lekarzy i t. p.

Przy innej sposobności słuszną uwagę czyni korespondent „Wien. Med. Presse“, że przemówienia przedstawicieli rządu na zjazdach lekarskich wyglądają jedynie na parodyę.

Chwali się tam stan lekarski pod niebiosy, wygłasza się zdania, że lekarze są stanem, który kieruje dziejami ludzkości i t. p. co zupełnie nie przeszkadza, że na drugi dzień rząd wydaje rozporządzenia, uchybiające lekarzom, a wszystkie słuszne żądania nawet nie w interesie lekarzy, lecz ogółu, postawione przez lekarzy, pomija milczeniem.

Po cóż te dyplomatyczne komedye? Nie należy też zapominać, że przez te wszystkie „wspaniałości“ zwiększa się także koszt wkładki zjazdowej członków, a oprócz tego zmusza lekarza i do innych nadspodziewanych wydatków.

Wielu kolegów unika właśnie dlatego zjazdów, gdyż „wykręcić się“ od tych różnych przyjęć nieraz trudno a nie każdy ma na nie ochotę i znajduje w nich upodobanie. K.

Nowa afera w Berlinie poruszyła prasę a powód do niej dała znowu osoba z Rosyi. Do pewnego ogólnie znanego specyalisty chorób usznych zgłosiła się pewna elegancka dama o poradę. Po odbyciu tejże na zapytanie, ile się należy, otrzymała odpowiedź: 20 marek. Przy szukaniu pieniędzy zrobiła dama odkrycie, że ma tylko 6 marek, wobec czego obiecała resztę odesłać. Lekarz nie zadowolił się jednak tem oświadczeniem i w zastaw zatrzymał trąbkę uszną chorej.

Sprawa ta rozeszła się zaraz po Berlinie. Rodzina chorej rozpuściła wieść tę o oburzającem postępowaniu lekarza na wszystkie strony, dodając, że przez zabranie trąbki pozbawił ją lekarz możności porozumiewania się z otoczeniem a nadto narazić ją mogł na ulicy na wypadek, z powodu tego, że bez trąbki nic nie słyszała.

Lekarz pociągniętym ma być za to „postępowanie“ do odpowiedzialności.

Bezwątpienia sposób postępowania tego kolegi nie był właściwym, słusznie jednak zwróciły uwagę pewne dzienniki, że trzeba koniecznie jakoś uregulować sprawę uiszczania się z honoraryum w sposób, dla lekarzy odpowiedni i dający im gwarancyę. Nie jest to wcale ujmą, jeżeli kwestyę honoraryum omówi się najpierw, albowiem wtedy nie ma już niespodzianek w guście: nie wiedziałam, że to tyle będzie kosztować, nie mam przy sobie tyle i t. p.

Koledzy berlińscy oświadczają publicznie w obronie kolegi, że takie „obrywania“ honoraryum, zwłaszcza od chorych przejezdnych, spotykają ich na każdym kroku i zwykle „przypadkowo“ chory nie ma tyle przy sobie, obiecuje nadesłać a potem wyjeżdża spokojnie i znika zupełnie ślad po nim.

Powtarza się tutaj zawsze ta sama rzecz: jeżeli lekarza kto skrzywdzi, a ten energicznie zaprotestuje przeciwko temu, to nikt zupełnie wtedy nie stanie w jego obronie, lecz owszem rzucać będzie kamieniem „potępienia“ na tych ludzi bez serca, jakimi są lekarze. *K.*

Z Tow. Wzajemnej Pomocy lekarzy galicyjskich otrzymujemy następujący komunikat z prośbą o umieszczenie:

Dyrekcya Towarz. Wzajemnej Pomocy lekarzy Gal. we Lwowie podaje do wiadomości, iż dr. Adolf Wątorek otrzymał na własne żądanie na razie urlop aż do najbliższego Walnego Zgromadzenia, wobec czego obowiązki naczelnego dyrektora obejmuje dr. Kruszyński a tego ostatniego dr. Fruchtmann.

Wykaz prenumeratorów.

(Ciąg dalszy).

Dr. Albinowski 3·—, dr. Arnold 6·—, dr. Baschkopf 3·—, dr. Birkenfeld 3·—, dr. Ciepielowski 3·—, dr. Cink 6·—, dr. Czop 6·—. dr. Dolnicki 12·—, dr. Dortort 3·—, dr. Ferensiewicz 3·—, dr. Goldhaber 12·—, dr. Górka 6·—, dr. Grossek 6·—, dr. Hirschler 6·—, dr. Hołobut 9·—, dr. Koczyrkiewicz 6·—, dr. Kraus 3·—, dr. Krauss 6·—, dr. Laskiewicz 6·—, dr. Litwinowicz 3·—, dr. Loewy Alojzy 9·—, dr. Lubowiedzki 6·—, dr. Lukas 3·—, dr. Luster 3·—, chir. Mantel 3·—, dr. Mehrer 3·—, dr. Obtułowicz 6·—, dr. Piaskiewicz 6·—, dr. Piotrowski Edward 6·—, dr. Rokossowski 3·—, dr. Rosenblatt 6·—, dr. Rutkowski 6·—, dr. Salpeter 3·—, dr. Salzmann 9·—, dr. Schmeidler 3·—, dr. Sokal 3·—, dr. Sroczyński 6·—, dr. Stablewski 6·—, dr. Syrop 12·—, dr. Szymański 15·—, Uniwersytet ludowy w Krakowie 3·—, Wechsler 6·—, Woytkowski 8·—.

Wydział krajowy:
LW. 107.416/09.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem

Konkurs

wa posadę prymarusza Oddziału kiłowo-skórnego kobiet, przy kraj. szpitalu powszechnym we Lwowie.

Posada ta połączoną jest z płacą o rocznych 3.000 koron, prawem do trzech dodatków pięcioletnich po 600 koron rocznie tudzież z prawem do emerytury w granicach postanowień statutu emeryt. uchwalonego przez Wys. Sejm w dniu 15. lutego 1898.

Ubiegający się o powyższą posadę doktorowie medycyny winni wykazać:

1. Iż są obywatelami państwa austryackiego,
2. iż posiadają znajomość języków krajowych,
3. że nie przekroczyli 40 rok życia,
4. że są specyalistami w dziedzinie chorób kiłowo-skórnych, dołączając na dowód odnośne prace samoistne z działu chorób skórnych i wenerycznych.

Termin do wnoszenia podań na ręce dyr. kraj. Szpitala powszechnego we Lwowie oznacza Wydział krajowy po dzień 30 listopada b. r.

Z Rady Wydziału krajowego

We Lwowie dnia 14. września 1909.

3—1 *Piotrowski.*

Odezwa.

Kolegów lekarzy okręgowych, którzy zgłosili swe przystąpienie do Związku galic. lekarzy okręgowych zawiadamiamy, iż zostali po myśli §. 6 statutu przyjęci do Związku, a po myśli uchwały Walnego Zgromadzenia Związku galic. lekarzy okręgowych w dniu 25. września b. r. odbytego winni uiścić wkładkę za r. 1909 w kwocie 6 K.

Wkładki przesyłać należy przekazem pocztowym na ręce sekretarza kol. dra Ferensiewicza w Bohorodczanach najpóźniej co końca listopada b. r.

Z Wydziału Związku galic. lekarzy okręgowych:

Sekretarz: *Dr. Ferensiewicz.* Przewodniczący: *Dr. Natter.*

L. 998.

Konkurs.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę lekarza domowego przy szpitalu izraelickim fundacyi Maurycego Lazarusa we Lwowie.

Pobory wynoszą w pierwszym roku służby 1200 kor. wraz z całem utrzymaniem, w następnych latach 1400 K z utrzymaniem.

Podania należy wnieść do Zarządu szpitala izraelickiego najdalej **do 15. października 1909.**

Bliższych wyjaśnień udzieli dyrektor szpitala radca ces. dr. Henryk Mehrer w godzinach przedpołudniowych.

Lwów dnia 23. września 1909.

2—1 *Przełożeństwo Izraelickiej Gminy Wyznaniowej.*

L. 2501/09.

Konkurs.

Odnośnie do reskryptu Wydziału krajowego z dnia 27. sierpnia 1909 L. 70.922 rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Dębowcu z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej, o co lekarz we właściwej drodze postarać się winien.

Do okręgu sanitarnego w Dębowcu należą gminy i obszary dworskie w: Dębowcu, Żółkowie, Majscowej, Gliniku niemieckim, Zarzeczu, Załężu, Woli dębowieckiej, Cieklinie, Dzielcu, Pagórku-Radość Osobnicy, Duląbce, Łazach dębowieckich i Niegłowicach z ludnością 10.510.

Do posady tej przywiązaną jest płaca w kwocie 1.000 K. i ryczałt na objazdy w kwocie 600 K. ponadto prawo do emerytury w granicach ustawy z dnia 12 maja 1909 Dz. u. kr. Nr. 68 Cz. X.

Podania o nadanie tej posady należy wnosić na ręce Wydziału powiatowego w Jaśle w terminie do 20. października i dołączyć:

1. Metrykę chrztu na dowód, że petent nie przekroczył 40 lat wieku,
2. dyplom lekarski,
3. dowód odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej,
4. dowód obywatelstwa austryackiego.

Z Wydziału powiatowego.

w Jaśle dnia 14. września 1909. 1—1

Prezes: *Sroczyński m. p.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h.	1 h.
Od r. 1904 do końca sierpnia 1909	476.597	280.494
We wrześniu 1909	1.700	5.000
Razem	478.297	285.494

Kraków 30. września 1909.

Dr. Żydłowicz administrator.

L. 1718.

Ogłoszenie konkursu.

Niniejszem ogłasza się konkurs na posadę lekarza okręgowego wraz z pełnieniem funkcyi lekarza miejskiego w Wielkich oczach z poborami 3.200 koron rocznie.

Tenże obowiązany jest utrzymywać aptekę domową. Posada zostanie nadaną prowizorycznie z prawem do stabilizacyi po jednorocznej zadawalniającej służbie i prawem do emerytury, a to w granicach ustawy krajowej z dnia 12. maja 1909. Nr. 68. Dz. u. kr. Cz. X.

Do podania należy dołączyć dokumenta jak zwykle.

Obowiązki lekarza okręgowego określają instrukcye.

Termin wniesienia podań do dni 30-tu na ręce Wydziału powiatowego w Jaworowie.

Jaworów, dnia 23. września 1909.

Z Wydziału powiatowego. 2—1

Czcionkami „Drukarni Udziałowej“, Lwów ulica Kopernika l. 20